Стриктура уретры у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N35.0, N35.1, N35.8, N35.9, N99.1, Q64.3 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"

Стриктура уретры у детей — сужение просвета мочеиспускательного канала с частичным или полным нарушением проходимости; для задней уретры в тексте предпочтён термин «стеноз», для мембранозного отдела после травмы — «дистракционный дефект». Главное в рекомендации — выявить локализацию, протяжённость и степень обструкции, выбрать хирургическую тактику и обеспечить длительное послеоперационное наблюдение.

Главное

- У детей чаще всего встречаются ятрогенные стриктуры — 48%: связанные с гипоспадией 35%, не связанные с ней 13%; травматические составляют 34%, врождённые 13%, воспалительные 4%, постинфекционные 1%.
- Передние стриктуры составляют до 62% всех сужений и облитераций уретры у детей; задние поражения описывают как стенозы, облитерации или дистракционные дефекты.
- Типичные симптомы развиваются по этапам: сначала слабая, прерывистая или разбрызгивающаяся струя и натуживание, затем постмикционное подкапывание, позже учащение, ургентность, ноктурия, инконтиненция и чувство неполного опорожнения.
- При уменьшении площади просвета уретры до 25% всегда есть признаки хронической задержки мочи.
- Диагностические категории по просвету уретры: ≥16 Ch — субклиническая стриктура, 11–15 Ch — низкая степень, 4–10 Ch — высокая степень, 1–3 Ch — почти полная облитерация, 0 Ch — облитерация.
- Бужирование как самостоятельное лечение малоэффективно, требует повторов и не рекомендуется к применению при возможности уретропластики; внутренняя оптическая уретротомия не является первой линией у детей.
- После операции ребёнок наблюдается постоянно до совершеннолетия. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Начать с жалоб и анамнеза: длительность и выраженность нарушения мочеиспускания, травма таза/промежности/половых органов, катетеризация, бужирование, эндоскопия, операции на уретре, уретрит, предыдущее лечение и его сроки.
2. При осмотре оценить половой член, меатус, крайнюю плоть, промежность; пальпировать уретру и органы мошонки; искать рубцы, уретро-кожные свищи и выделения из уретры. УУР С, УДД 5.
3. Лабораторные анализы крови и мочи, биохимия крови и посев мочи не подтверждают диагноз стриктуры; они нужны для оценки воспаления, функции почек, инфекции и подбора антибактериальной терапии. УУР С, УДД 5.
4. Всем пациентам после осмотра и анализов выполнить УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи для оценки детрузора и степени декомпенсации. УУР С, УДД 5.
5. Если самостоятельное мочеиспускание сохранено, вести дневник мочеиспусканий и выполнить урофлоуметрию; исследование делают дважды при естественном позыве. Для стриктуры характерна плато- или коробкообразная кривая. УУР С, УДД 5; для комментария по форме кривой — УДД 4.
6. Для уточнения локализации, длины и степени сужения выполнить рентгенологическую диагностику: восходящую уретрографию и микционную цистоуретрографию; при сложной стриктуре или облитерации наиболее информативна встречная уретроцистография. УУР С, УДД 4.
7. МРТ уретры рекомендуется для дополнительной предоперационной оценки стриктуры уретры и состояния парауретральных тканей; УЗИ уретры — для дополнительной оценки стриктуры и степени спонгиофиброза. УУР С, УДД 4–5.

Лечение

- В разделе хирургического лечения описаны бужирование, уретротомия/меатотомия, внутренняя оптическая уретротомия, анастомотическая, аугментационная и флэп-уретропластика.

- Бужирование уретры как самостоятельный метод не рекомендуется при возможности уретропластики: эффективность низкая, часто нужны повторные вмешательства.
- Уретротомия/меатотомия эффективна при коротких дистальных сужениях уретры.
- Внутреннюю оптическую уретротомию у детей не используют как первую линию; возможна при стриктурах бульбозной уретры длиной не более 1 см, рассечение целесообразно выполнять на 12 часах условного циферблата.
- При стенозах простатического отдела после анастомотической уретропластики внутренняя оптическая уретротомия успешна в 90% случаев.
- Анастомотическая уретропластика: иссечение рубца и спонгиофиброза с анастомозом конец в конец; при стриктурах менее 1 см эффективность у детей более 80%, при дистракционных дефектах задней уретры успех 75–95%.
- Аугментационная уретропластика увеличивает просвет уретры за счёт графта или лоскута; вероятность успеха у детей — 95%.
- Флэп-уретропластика с кожно-фасциальным лоскутом применяется при протяжённых стриктурах, когда анастомотическая пластика невозможна или затруднена; успех 68–86%.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация нужна при травматическом повреждении уретры или острой задержке мочи.
- Плановая госпитализация проводится для дополнительных инструментальных обследований и оперативного лечения при отсутствии противопоказаний.
- После выписки ребёнка переводят на амбулаторное и диспансерное наблюдение согласно рекомендациям.
- Если после уретропластики адекватное мочеиспускание не восстановилось, сохраняют действующую цистостому; если её нет — выполняют троакарную цистостомию. УУР С, УДД 5.
- При свищах и инфекционных осложнениях — остром простатите, орхоэпидидимите, нагноении раны — выполняют троакарную цистостомию и удаляют уретральный катетер. УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Какие симптомы у ребёнка наиболее типичны для стриктуры уретры?

Наиболее характерны слабая и прерывистая струя мочи, затем присоединяется подкапывание после мочеиспускания. При прогрессировании появляются учащение, ургентность, ноктурия, инконтиненция и ощущение неполного опорожнения.

Можно ли исключить стриктуру уретры по нормальной урофлоуметрии?

Нет. Урофлоуметрия выявляет обструктивный тип потока, но скорость может оставаться нормальной даже при стриктуре, поэтому метод не подходит для исключения диагноза.

Какой рентгенологический метод считается ключевым при стриктуре передней уретры?

Ретроградная уретроцистография в проекции «3/4» указана как «золотой стандарт» диагностики стриктуры передней уретры. При облитерации она показывает только дистальную границу, поэтому при сложных случаях нужна встречная уретроцистография.

Когда внутренняя оптическая уретротомия допустима у детей?

Она не должна быть первой линией. Её можно выполнять при стриктуре бульбозного отдела длиной не более 1 см; при стенозах простатического отдела после анастомотической уретропластики успех достигает 90%.

Как заподозрить рецидив после уретропластики?

Индикатор рецидива — максимальная скорость мочеиспускания ниже 15 мл/с; ещё более чувствительный признак — разница между средней и максимальной скоростью потока ниже 10 мл/с. Для подтверждения рецидива наиболее информативна уретроскопия.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/803-striktura-uretry-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/803_1